



División de Gestión de la Salud Integral y el Desarrollo Humano
Lavado de manos manejo clínico lumbalgia

Código: PA-GU-7-PT-34

Versión: 0

Fecha de actualización: 17-12-2014

Página 1 de 8

1. PROCESO/SUBPROCESO RELACIONADO:	Gestión de la Cultura y el Bienestar / Gestión del Bienestar Universitario
2. RESPONSABLE(S):	Profesional Universitario - Médicos
3. OBJETIVO:	Determinar, describir y estandarizar criterios diagnósticos manejo y codificación cie 10 para la valoración, diagnóstico y tratamiento de pacientes con Lumbalgia a través de la identificación de los principales signos y síntomas que permitan disminuir las prevalencias e incidencias de estas patologías que afectan la población estudiantil universitaria.
4. ALCANCE:	Iniciar educación al estudiante motivando cambios de estilos de vida saludable
5. MARCO NORMATIVO:	Ley 100 de 1993 Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones Acuerdo 08 de 2009: Por el cual se aclaran y actualizan integralmente los Planes Obligatorios de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado Resolución 2003 de 28 de mayo de 2014: Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud.

6. CONTENIDO:

No.	Actividad / Descripción	Cargo Responsable	Punto de Control
1	Diligenciamiento historia clínica Con base al orden de la agenda de consulta, se llamará al paciente y se le invitará a seguir a la consulta. El médico debe presentarse y confirmar la identificación del paciente. Posteriormente se procederá a realizar la anamnesis (tener en cuenta tiempo de evolución) registrando en la historia clínica de acuerdo a las recomendaciones de esta guía	Médico	Historia Clínica
2	Preparación ambiente de trabajo	Médico	Historia Clínica

	Supervise la preparación del ambiente, equipo e instrumental. Prepare al paciente, pídale que se siente en la cama de exploración médica.		
3	Lavar las manos según protocolo No 11	Médico	Historia Clínica
4	Equipo de protección personal Colóquese equipo de protección personal: tapabocas, bata, mascarilla y guantes.	Médico	Historia Clínica
5	Exploración física Se inicia con la toma de los signos vitales y siguiendo el orden por sistemas en sentido céfalo caudal, se deberá registrar en la historia clínica.	Médico	Historia Clínica
6	<p>Diagnóstico , etiología tratamiento, Pruebas diagnósticas</p> <p>LUMBALGIA: Dolor localizado en la espalda entre el último arco costal y la región glútea. Puede o no estar irradiado a los miembros inferiores, región inguinal o abdomen. Según su duración, comprende lumbalgia aguda: evolución menor de seis semanas; lumbalgia subaguda: entre seis y doce semanas y lumbalgia crónica: evolución mayor a doce semanas. Se distinguen 5 tipos de DOLOR LUMBAR:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mecánico: más del 90% de los casos, secundario a patología articular o periarticular de columna (por ejemplo esguinces) o a lesión de músculos o ligamentos. 2. Neurogénico o ciática: 5% de los casos, mayoritariamente por hernias del núcleo pulposo. 3. Inflamatorio: 1% de los casos, por ejemplo una espondiloartritis anquilosante 4. Causas sistémicas o neoplásticas: 1% de los casos, como por ejemplo metástasis espinales, tuberculosis de la columna. 5. Psicogénico: En este caso los individuos simulan dolor lumbar y buscan algún tipo de compensación emocional o 	Médico	Historia Clínica

económica.

AYUDAS DIAGNÓSTICAS

En la valoración de Consulta Externa y Urgencias no está indicado el uso de ayudas diagnósticas a menos que exista sospecha de cáncer, infección, síndrome de cauda equina, fractura, hernia discal significativa o aneurisma aórtico. En caso de signos de alerta, las radiografías lumbares deben ser AP y laterales, sin necesidad de oblicuas, y cuando los RX no sean Urgentes, es necesario realizar una preparación con laxante previa al examen. La mayoría de pruebas de laboratorio son inespecíficas y de poca ayuda en la patología lumbar. A los pacientes cuya evolución es mayor de cuatro semanas, se les solicita un hemograma completo, eritrosedimentación, citoquímico de orina, antígeno prostático en hombres con más de 50 años de edad

Ante la sospecha de infección vertebral o de tumores óseos primarios o metastásicos, la gammagrafía ósea es más sensible que el estudio radiológico básico.

La electromiografía con velocidad de conducción nerviosa puede ser útil para identificar la metámera comprometida en pacientes con dolor en una extremidad.

En general, la resonancia nuclear magnética la utiliza el médico especialista, neurocirujano u ortopedista, como dispositivo táctico para decidir un posible tratamiento quirúrgico; este estudio es útil en pacientes con síndrome de cola de caballo, en el trauma raquimedular, en sospecha de enfermedad infecciosa de columna lumbar o de enfermedad tumoral

Vertebral o intraespinal.

7. TRATAMIENTO.

El manejo inicial del dolor lumbar agudo se debe enfocar a la mejora del dolor y de la movilidad del paciente, una vez descartadas las patologías de alerta. Cuando el paciente no mejora después de la valoración y manejo inicial, se debe remitir para un tratamiento especializado, según la sospecha de su etiología

El tratamiento del dolor lumbar debe incluir:

A. MEDIDAS GENERALES.

1. EDUCACION: Existe evidencia suficiente que demuestra que la información al paciente disminuye los temores, la ansiedad, cambia la percepción sobre su problema, baja la limitación de

sus actividades diarias y mejora la actitud ante el tratamiento a realizar.

2. REPOSO: No existe una diferencia importante entre los efectos del reposo en cama y los ejercicios en el tratamiento del lumbago agudo; o entre la duración de dos o tres días de reposo inicial en cama, con siete días, en pacientes con lumbago de duración diferente, con o sin dolor irradiado.

3. ACTIVIDAD: Mantenerse activo a tolerancia de dolor y ojalá en el lugar de trabajo, beneficia al paciente porque disminuye los síntomas, baja el riesgo de la cronicidad y reduce el tiempo de incapacidad. En los pacientes con ciática, hay poca o ninguna diferencia entre la recomendación de reposo en cama y la de permanecer en actividad.

B. TRATAMIENTO FARMACOLOGICO DEL DOLOR

Analgésicos y antiinflamatorios: La evidencia actual muestra que el Acetaminofén y los antiinflamatorios no esteroides son suficientes para el manejo del dolor lumbar agudo. No hay diferencias significativas entre ambos grupos, aunque los segundos tienen más efectos secundarios. La dipirona también puede estar indicada por su actividad analgésica.

1. ACETAMINOFEN Tabletas 500 mg. Dosis 500 -1000 mg vía oral cada 6 horas.

2. IBUPROFENO Tabletas 400 mg. Dosis: 400-800 mg. vía oral cada 8 horas

3. DICLOFENACO Tabletas 50 mg. Dosis 50 mg. vía oral cada 8 - 12 horas

4. DICLOFENACO Ampollas 75 mg. Dosis 75 mg vía Intramuscular profundo cada 12 – 24 horas

5. NAPROXENO Tabletas 250 mg Dosis: 250 mg vía oral cada 12 horas

Opioides: no son más efectivos que los analgésicos comunes en el manejo del dolor lumbar agudo. En lo posible deben ser evitados y en caso de ser utilizados debe ser por períodos cortos.

1. TRAMADOL Gotas 100 mg/ml Dosis: Entre 10- 20 gotas de acuerdo a la intensidad del dolor cada 6 – 8 horas.

Relajantes musculares: son otra opción para el manejo de los síntomas lumbares agudos con espasmos musculares intensos.

No son más efectivos que los Aines, y combinados con estos tampoco se obtiene algún beneficio adicional. Deben ser usados con precaución, ya que tienen efectos secundarios importantes, como inestabilidad, somnolencia y en algunos casos dependencia.

No se recomienda prolongar su uso por más de una semana.

1. METOCARBAMOL Tabletas 750 mg. Dosis 1 tableta l cada 8 - 12 horas vía oral. máximo 5 días

2. DIAZEPAN Tabletas 5 mg y 10 mg. Dosis 5 mg a 10 mg cada 8 -12 horas vía oral. Máximo 3 días.

Antidepresivos (Amitriptilina,): no son eficaces en el manejo del dolor lumbar agudo. En dolor lumbar crónico parecen ser útiles, aunque puede ser más eficaz tomarse el tiempo suficiente para evaluar la presencia de problemas sociales, psicológicos o económicos. Sirve como ansiolítico e inductor del sueño a dosis bajas. AMITRIPTILINA Tabletas 25 mg. Dosis 1 tableta en la noche vía oral.

Corticoides: No están indicados para el manejo del dolor lumbar agudo. Tienen algún efecto en el dolor lumbar de origen inflamatorio. Por vía oral no son efectivos, y en cambio sí tienen un alto riesgo de provocar efectos secundarios cuando son utilizados en grandes dosis por períodos cortos. La inyección epidural de corticoides y anestésicos es un procedimiento realizado por especialista.

C. FISIOTERAPIA

Los masajes, el ultrasonido, los TENS, el láser, el frío, el calor local y la tracción se recomiendan habitualmente para aliviar el dolor. Si bien es cierto que no tienen problemas secundarios significativos, también es cierto que no tienen ningún efecto sobre el resultado final.

8. COMPONENTE EMOCIONAL

El Dolor Lumbar Agudo, Subagudo o Crónico tiene una gran carga emocional, no solo por el dolor, sino por la creencia del paciente de quedar invalido o parapléjico, por tal motivo es necesario explicar muy bien al paciente y su

Familia las características benignas de la enfermedad y que además se descartó con la evaluación médica los signos de Alerta a si como ayudar al paciente con Lumbago de origen psicógeno, a solucionar los conflictos que la generan.

9. COMPONENTE NUTRICIONAL

El sobrepeso y la obesidad son una de las causas, que



	<p>perpetuán o hacen crónico el dolor lumbar, al igual que producen dolor en otras articulaciones, por lo que a todos los pacientes con IMC superior a 30, que consulten por esta patología deben ser remitidos a nutricionista para lograr y mantener un peso ideal como una parte fundamental del tratamiento</p> <p>10. METAS DE TRATAMIENTO</p> <p>Todo paciente con dolor lumbar agudo se debe remitir de URGENCIA en caso de fractura vertebral, signos de cauda equina, signos de infección o aneurisma abdominal. En caso de dolor lumbar de tipo mecánico (90% de los casos), el dolor debe mejorar antes de una semana y debe ser incorporado a sus actividades diarias, además de llevar un plan de prevención bien entendido.</p> <p>11. PRONÓSTICO</p> <p>El 90% de los pacientes con dolor lumbar agudo mejoran en menos de 4 semanas y no necesitan manejo especializado. La situación laboral del paciente juega un papel primordial en el curso clínico del dolor lumbar. Se ha demostrado que el paciente que está descontento en su trabajo tiene menos probabilidades de mejoría, convirtiéndose esta enfermedad en una forma de obtener ganancia secundaria.</p> <p>7. PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN</p> <p>Si debe levantar pesos, mantenga el objeto cerca de su cuerpo. Evite levantar algo mientras no esté en posición frontal: no debe inclinarse ni estirarse para alcanzar algo. Pierda peso en caso de obesidad o sobre peso Una vez pasado el episodio agudo de dolor, es conveniente hacer ejercicios para mejorar la musculatura lumbar, Hable con su médico sobre los ejercicios que más le benefician: ejercicios de reforzamiento lumbar, natación, entre otros. No permanezca mucho tiempo sentado o de pie. Procure realizar pausas activas con ejercicios de estiramiento de la musculatura lumbar en posición de pie inclinarse hacia adelante y atrás</p>		
7	Diligenciar la formula médica Una vez terminada la exploración física y definido diagnóstico se procederá a dar las recomendaciones pertinentes y se	Médico	Historia Clínica



División de Gestión de la Salud Integral y el Desarrollo Humano
Lavado de manos manejo clínico lumbalgia

Código: PA-GU-7-PT-34

Versión: 0

Fecha de actualización: 17-12-2014

Página 7 de 8

	diligenciará la formula Según las pautas de manejo revisadas en esta guía.		
8	Control médico vs remisión Se indicará que debe acudir nuevamente a la consulta si continua igual o peor de su sintomatología o al terminar el tratamiento ordenado para realizar controles de laboratorio según la patología y definir seguimiento	Médico	Historia Clínica
9	Indicaciones de remisión Con resultados de paraclínicos y evolución clínica se remitirá a fisiatría u ortopedia	Médico	Historia Clínica
10	Registros finales Diligenciar historia clínica y registro estadístico con RIPS según CIE 10	Médico	Historia Clínica

7. FORMATOS:	Historia clínica digital Registro diario de actividades Recetario institucional
8. ABREVIATURAS Y DEFINICIONES:	LUMBALGIA CIE 10 : M 545 MG: MILIGRAMOS KG: KILOGRAMO



División de Gestión de la Salud Integral y el Desarrollo Humano
Lavado de manos manejo clínico lumbalgia

Código: PA-GU-7-PT-34

Versión: 0

Fecha de actualización: 17-12-2014

Página 8 de 8

9. REGISTRO DE MODIFICACIONES:

FECHA	VERSIÓN : No	CÓDIGO	MODIFICACIONES
17-12-2014	0	PA-GU-7-PT-34	Elaboración protocolo

10. ANEXOS:

ELABORACIÓN	REVISIÓN
Funcionario Responsable	Responsable Subproceso
Cargo: Profesional Universitario	Cargo: Profesional Especializado
Fecha: 07-08-2014	Fecha: 08-08-2014
REVISION	APROBACION
Responsable Proceso	
Cargo: Vicerrector (a.) Cultura y Bienestar	Rector
Fecha: 11-08-2014	Fecha: 17-12-2014

Nota: La firma en el espacio revisión - responsable de subproceso, aplica cuando el subproceso exista